

ARPAV  
Agenzia Regionale  
per la Prevenzione e  
Protezione Ambientale  
del Veneto



REGIONE DEL VENETO



Sistema di Gestione Certificato  
UNI EN ISO 9001:2008

**Dipartimento Provinciale di Padova  
Servizio Controllo ambientale**

Via Ospedale, 22  
35121 Padova Italy  
Tel. +39 049 8227821  
Fax +39 049 8227810  
e-mail: [dappd@arpa.veneto.it](mailto:dappd@arpa.veneto.it)  
PEC: [dappd@pec.arpav.it](mailto:dappd@pec.arpav.it)  
Responsabile del Procedimento: Dr. Ivano Pigato  
Istruttoria a cura dell'Ufficio di Padova

Protocollo N° 0004768 Class. X. 10.01

Padova, 15 GEN. 2014

**Al Comitato Tecnico Regionale**  
c/o Direzione Interregionale  
Vigili del Fuoco Veneto e T.A.A.  
Via Dante, 55  
35139 - PADOVA  
pec [dir.veneto@cert.vigilfuoco.it](mailto:dir.veneto@cert.vigilfuoco.it)

**Al Servizio Osservatorio Grandi  
Rischi e IPPC**  
c/o Dipartimento Arpav di Venezia  
Via Lissa, 6  
pec [dapve@pec.arpav.it](mailto:dapve@pec.arpav.it)

**Al Ministero dell'Ambiente  
e della Tutela del Territorio**  
Direzione Generale per le Valutazioni Ambientali  
Divisione IV Rischio Rilevante e Autorizzazione Integrata  
Ambientale  
Via C. Colombo, 44  
00147 R O M A  
pec [ris@pec.minambiente.it](mailto:ris@pec.minambiente.it)

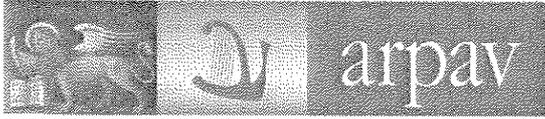
**Alla Provincia di Padova**  
Settore Protezione Civile  
Piazza Antenore, 3  
35100 PADOVA  
pec [provincia.padova@cert.ip-veneto.net](mailto:provincia.padova@cert.ip-veneto.net)

**Al Comune di Camposampiero**  
Piazza Castello, 35  
35012 Camposampiero (PD)  
pec [comune.camposampiero.pd@pecveneto.it](mailto:comune.camposampiero.pd@pecveneto.it)

**Alla Sirio Galv Srl**  
Via Martiri della Libertà, 3  
35012 Camposampiero (PD)  
pec [siriogalvsrl@legalmail.it](mailto:siriogalvsrl@legalmail.it)

**Oggetto:** Verifica Ispettiva in azienda soggetta ad art.6 del D.Lgs.334/99 e s.m.i. – Invio rapporto finale di ispezione

./..



ARPAV  
Agenzia Regionale  
per la Prevenzione e  
Protezione Ambientale  
del Veneto



REGIONE DEL VENETO



Sistema di Gestione Certificato  
UNI EN ISO 9001:2008

./..

In base a quanto indicato nell'art. 25 comma 2 del D.Lgs. 334/99, la Regione Veneto ha il compito di effettuare le Verifiche Ispettive sugli stabilimenti a rischio di incidenti rilevanti al fine di accertare l'adeguatezza della politica di prevenzione posta in atto dal Gestore e dei relativi Sistemi di Gestione della Sicurezza. Inoltre secondo quanto indicato dalla Legge Regionale 11/2001 all'art. 75 co. 1, come modificato dalla Legge Regionale 20/2007, spetta alla Regione l'adozione dei provvedimenti conclusivi relativi agli stabilimenti di cui all'articolo 6 del decreto legislativo n. 334/1999 e successive modificazioni, a seguito delle verifiche ispettive effettuate dall'ARPAV, nello svolgimento dell'attività di vigilanza e controllo di cui al n. 2 della lettera c).

Nell'ambito delle proprie funzioni di indirizzo e coordinamento, secondo quanto disposto dall'art. 75 comma c) della L.R. 11/2001, la Regione Veneto ha affidato ad A.R.P.A.V. lo svolgimento delle attività di vigilanza e controllo riguardo alle attività a rischio di incidente rilevante.

Con la presente ai sensi ed ai fini di cui al D.Lgs 334/99 e s.m.i, si invia copia del rapporto conclusivo della verifica ispettiva relativa al Sistema di Gestione della Sicurezza dell'azienda Sirio Galv Srl di Camposampiero soggetta agli obblighi di cui al D.Lgs.334/99, effettuata dai tecnici Arpav, dal quale si evincono le prescrizioni e le raccomandazioni proposte. Gli allegati di tale rapporto sono a disposizione presso il Dipartimento Provinciale ARPAV di Padova

Distinti saluti

Il Responsabile del Servizio  
Dr. Ivano Pigato

**Allegati: n. 1 fogli 11**

ATTIVITÀ ISPETTIVA AI SENSI  
DELL'ART. 25 DEL D.LGS.334/99

---

**STABILIMENTO**

**SIRIO GALV s.r.l.**

Camposampiero (PD)

---

***Classificazione: attività soggetta all' art. 6 D.Lgs. 334/1999***

---

**RAPPORTO FINALE DI ISPEZIONE**

## PREMESSA

La verifica ispettiva allo stabilimento SIRIO GALV s.r.l. di Camposampiero (PD), è stata disposta con nota prot. n. 61347 del 5 giugno 2013 dal Direttore Tecnico dell'ARPAV.

La Commissione è composta dai seguenti funzionari tecnici:

- Ing. Anna Lando (ARPAV Dip. di Padova)
- Ing. Andrea Messana (ARPAV Servizio Osservatorio Grandi Rischi e IPPC )

La Commissione ha eseguito la visita ispettiva articolandola in tre distinte giornate: 24 e 25 ottobre 2013 e 15 novembre 2013, i cui verbali sono riportati in **Allegato 1**, congiuntamente con il decreto di nomina della Commissione.

Per la Società, alla verifica ispettiva hanno presenziato i seguenti:

- Sig. Claudio Vaccarin Gestore dello stabilimento,
- Sig.ra Marta Vaccarin RSGS
- Dott. Giorgio Berto Consulente
- Ing. Emmanuele Bottaro Consulente

A conclusione dei lavori la Commissione ha illustrato al Gestore le risultanze scaturite dai rilievi e dai riscontri acquisiti nel corso della visita ispettiva, oggetto del presente rapporto.

La ditta si è notificata ai sensi dell'art.6 del D.lgs. 334/99 come modificato dal D.lgs. 238/05 nel 2012, il documento di politica e l'SGS ad esso correlato sono stati per la prima volta formulati nel 2013.

---

## 1. PROCEDURA GENERALE DELLA VISITA ISPETTIVA

---

### 1.1 Mandato ispettivo

La visita ispettiva è condotta con le seguenti finalità:

- I. Accertare l'adeguatezza della politica di prevenzione degli incidenti rilevanti posta in atto dal gestore e del relativo Sistema di Gestione della Sicurezza;
- II. Condurre un esame pianificato e sistematico dei sistemi tecnici, organizzativi e di gestione applicati nello stabilimento, al fine di verificare che il gestore abbia attuato quanto da lui predisposto per la prevenzione degli incidenti rilevanti e per la limitazione delle loro conseguenze.

La visita ispettiva è inoltre finalizzata ad acquisire un quadro aggiornato dello stato autorizzativo dello stabilimento in materia di incidenti rilevanti e pertanto la Commissione deve riportare specifiche informazioni in merito a:

- a) eventuali modifiche ai sensi del DM 9 agosto 2000 "*Individuazione delle modificazioni di impianti e di depositi, di processi industriali, della natura o dei quantitativi di sostanze pericolose che potrebbero costituire aggravio del preesistente livello di rischio*", intervenute nello stabilimento successivamente alla presentazione dell'ultimo rapporto di sicurezza. con i riferimenti ad eventuali comunicazioni o richieste autorizzative effettuate dal gestore ai sensi delle norme vigenti e informazioni sul relativo stato di attuazione
- b) attuazione degli interventi di miglioramento raccomandati o prescritti in precedenti verifiche ispettive svolte ai sensi dell'art.25 del D.Lgs.334/99.
- c) stato di validità del Certificato Prevenzione Incendi ovvero stato di avanzamento dell'iter di rilascio dello stesso;
- d) stato di aggiornamento del Piano di Emergenza Esterno (data di approvazione, provvisorietà o meno dello stesso, congruenza con gli scenari incidentali riportati nel RdS vigente e con la situazione attuale configurazione di stabilimento), comprese le informazioni relative ad eventuali esercitazioni predisposte dall'Autorità finalizzate alla sua sperimentazione, nonché informazioni in merito alle azioni in materia intraprese dal gestore autonomamente o su richieste formulate da parte dell'Autorità Preposta.
- e) azioni correttive adottate dalla società a seguito di sanzioni/prescrizioni irrogate a seguito di attività ispettive o di sopralluogo svolte da altri Enti (ASL, ISPESL, VV.F, Direzione Provinciale del Lavoro, ARPA, ecc.) nei propri confronti, con particolare riferimento agli aspetti di sicurezza evidenziati, correlati all'informazione, formazione ed equipaggiamento dei lavoratori; la Commissione deve verificare che quanto segnalato sia stato esaminato e valutato dal gestore nell'ambito del proprio Sistema di Gestione della Sicurezza;

- f) azioni intraprese dal Comune in merito alla pianificazione urbanistica e territoriale nell'area circostante lo stabilimento ed all'informazione alla popolazione, nonché informazioni in merito alle azioni in materia intraprese dal gestore autonomamente o su richieste formulate da parte dell'Autorità Competente;
- g) lo stato di predisposizione del Rapporto Integrato di Sicurezza Portuale (RISP), nonché l'adeguamento dello stabilimento alle eventuali prescrizioni dell'Autorità Portuale o Marittima (qualora lo stabilimento risultasse collocato nell'ambito di un porto industriale e petrolifero, ovvero in area demaniale marittima a terra o in altre infrastrutture portuali);
- h) attuazione degli interventi di miglioramento raccomandati o prescritti nella relazione finale di sopralluogo post incidentale, effettuato ai sensi dell'art. 24 comma 3 del D.Lgs. 334/99 e s.m.i. (se applicabile).
- i) movimentazione di sostanze pericolose ed eventuali criticità correlate.

## 1.2 Modalità operative della verifica ispettiva

Lo svolgimento della visita ispettiva è stato effettuato tenendo conto della procedura disposta dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare con lettera prot. n. DSA/DEC/2009/0000232 del 2009.

Operativamente, la visita ispettiva ha proceduto secondo le seguenti fasi:

- A. illustrazione da parte della Commissione dei contenuti del Decreto istitutivo della Commissione e acquisizione dal gestore:
  - 1. dei format previsti dalla nota MATTM sopra citata (analisi dell'esperienza operativa, lista di riscontro sugli elementi del Sistema di Gestione della Sicurezza e tabella con la descrizione, per ogni evento incidentale ipotizzato nel rapporto di sicurezza, delle misure adottate per prevenirlo - sia tecniche che gestionali - e per limitarne le conseguenze);
  - 2. delle relazioni richieste della Commissione per i punti a-i del precedente capitolo 1.1.
- B. presa visione della fisionomia generale del sito con particolare riguardo agli elementi territoriali vulnerabili, alle altre attività industriali e ai sistemi di viabilità e trasporto;
- C. esame dell'esperienza operativa ed effettuazione dei riscontri sul Sistema di Gestione della Sicurezza (SGS) e sui Sistemi tecnici adottati in stabilimento, avendo a riferimento i *format* di cui al punto A1;
- D. verifica delle relazioni predisposte dal gestore di cui al punto A2;
- E. interviste in campo agli operatori dello stabilimento ed a dipendenti delle ditte terze;
- F. effettuazione di simulazioni di emergenza;
- G. commento dei dati raccolti e delle risultanze della verifica;
- H. stesura della rapporto finale di ispezione ed illustrazione delle risultanze al gestore.

---

## 2. DESCRIZIONE DELLO STABILIMENTO E DEL SITO

---

### 2.1 Descrizione dello stabilimento

La denominazione dello stabilimento è SIRIO GALV s.r.l., con sede legale e amministrativa in Via Martiri della Libertà 3 – Camposampiero (PD).

La ditta SIRIO GALV s.r.l. è uno stabilimento che opera nel campo del trattamento superficiale di minuteria metallica di varia natura mediante processi di elettrodeposizione galvanica e/o verniciatura.

L'azienda esercita attività di rivestimento superficiale di superfici metalliche mediante elettrodeposizione di metalli con processo galvanico; si effettuano principalmente operazioni di nichelatura e cromatura su componenti metalliche di differenti formati e tipologie; la maggior parte della lavorazione riguarda pezzi piccoli in genere costituiti da minuteria metallica.

L'attività di nichelatura e di cromatura hanno solo carattere decorativo; non viene effettuata cromatura a spessore.

Altre operazioni hanno minore rilevanza rispetto alle due citate e sono la ramatura, ottonatura doratura.

Tutte le operazioni di trattamento di copertura metallica sono precedute da operazioni preparative come i lavaggi con sostanze tensioattive o i decapaggi chimici ed elettrochimici.

La gestione delle operazioni galvaniche viene effettuata sia manualmente sia con sistemi automatici gestiti da microprocessori ove l'intervento della persona è ridotto al minimo.

Per maggiori dettagli si veda la relazione 1 in merito predisposta dal Gestore, riportata in **Allegato 2**.

## **2.2 Descrizione del sito**

Nella notifica inviata agli Enti la ditta dichiara che l'area in cui è insediato lo stabilimento è classificata nel P.R.G. vigente, aggiornato al 31/05/2008, come zona D1 "zone industriali – artigianali di produzione di espansione", definita all'art. 19 del P.R.G. delle norme tecniche di attuazione, come zona destinata alle attività artigianali e industriali che non producono emissioni moleste ed inquinamenti oltre ai limiti stabiliti dalla legislazione vigente.

Sono ammessi: gli edifici e gli impianti per le attività artigianali e industriali, nonché gli uffici di pertinenza, le infrastrutture di servizio, gli edifici per attività collettive, gli impianti tecnologici, i depositi, gli edifici e gli impianti per la conservazione, trasformazione e distribuzione delle merci prodotte, nonché i depositi di carburante e di edifici per l'assistenza e il ristoro degli addetti.

Inoltre l'area in esame rientra nella perimetrazione dello Strumento Urbanistico Attuativo vigente n°13 Industriale.

Si evidenziano i seguenti insediamenti limitrofi.

1. Abitazione civile (confinante) distanza 50 m
2. Rustico ricovero attrezzi agricoli
3. A 600 m è presente un complesso scolastico
4. A 1000 m si colloca il centro abitato di Camposampiero
5. A 1300 m Ospedale di Camposampiero

Le coordinate geografiche che identificano il baricentro dello stabilimento sono:

Latitudine: 45° 33' 15"

Longitudine: 11° 56' 07"

### **2.2.1 Movimentazione delle sostanze pericolose**

Il dettaglio della movimentazione di materie prime e rifiuti pericolosi è illustrato nella relazione redatta dal Gestore e riportata in **Allegato 3**

### **2.2.3 Pianificazione urbanistica e territoriale – Informazione alla popolazione**

La Ditta ha regolarmente inviato notifica e scheda informativa al Comune di Camposampiero, il quale non risulta al momento aver redatto il documento RIR ai sensi del DM 9 maggio 2001

Si riporta in **Allegato 4** la relazione in merito del Gestore.

---

## **3. POSIZIONE AI SENSI DEL D.LGS. 334/99 E S.M.I ED ITER ISTRUTTORIO**

---

### **3.1 Informazioni sul campo di assoggettabilità dello stabilimento al D.Lgs.334/99**

Ai fini degli adempimenti previsti dal D.lgs. 334/99 e s.m.i., il Gestore ha inoltrato nel 2012 il documento di Notifica con allegate informazioni dell'Allegato V.

La Ditta ricade negli obblighi di cui all'art.6 del D.lgs. 334/99 e s.m.i. poiché sono presenti sostanze pericolose in quantità superiori a quelle indicate nel D.lgs. 334/99 e s.m.i..

In particolare è presente una quantità superiore al limite indicato nel D.lgs. 334/99 e s.m.i., Allegato I parte 2 colonna 2 per le sostanze classificate tossiche.

A seguito di dubbi sollevati dalla Commissione l'azienda ha rivalutato la propria assoggettabilità provvedendo a riclassificare le vasche di cromo e presenterà nuova notifica e scheda informativa agli Enti.

### **3.2 Certificato di Prevenzione Incendi (CPI)**

La Società SIRIO GALV S.r.l. ha presentato nel 2013 una SCIA (Segnalazione certificata di inizio attività) ai fini della sicurezza antincendio. A seguito della Visita Tecnica di Controllo è stato accertato il rispetto delle prescrizioni previste dalla normativa di prevenzione incendi e la sussistenza dei requisiti di sicurezza antincendio.

Si riporta in **Allegato 5** la relazione in merito del Gestore

---

## **4. RISCHI PER L'AMBIENTE E LA POPOLAZIONE CONNESSI ALL'UBICAZIONE DELLO STABILIMENTO**

---

### **4.1 Scenari incidentali - incidenti con impatto sull'esterno dello stabilimento ipotizzati e valutati nel Rapporto di Sicurezza**

Gli eventi e gli scenari identificati dall'analisi di rischio sono di seguito riportati:

- Sversamento vernici (materiale infiammabile) all'interno dell'area dedicata al loro stoccaggio con relativo incendio;
- Sversamento reflui da valvola di fondo in area piazzale esterno dal fondo del decantatore e/o ispessitore con relativo interessamento delle linee di scarico acque bianche;
- Sversamento all'interno del capannone di soluzione dalle vasche di processo.

Gli eventi individuati non sono frutto di un'analisi del rischio sistematica con relativa stima delle conseguenze, ma di una valutazione qualitativa della Ditta dei possibili incidenti che possono accadere.

### **4.2 Piano di emergenza esterno (PEE)**

La ditta Sirio Galv s.r.l. ha comunicato in data 26/04/2012 alla Prefettura di Padova la sua posizione nei confronti della norma.

Alla data odierna non è pervenuta a Sirio Galv s.r.l. alcuna comunicazione in merito alla stesura del PEE da parte della Prefettura

Si riporta in **Allegato 6** la relazione , in merito redatta del Gestore

---

## **5. DOCUMENTO SULLA POLITICA DI PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI RILEVANTI**

---

Il Documento di Politica e Prevenzione è datato 15.03.2013 e riporta gli obiettivi del Gestore, il Sistema è parzialmente "integrato" con sistema Qualità.

Non è formalizzata la condivisione del documento con il RLS.

In data 12.11.13 si è tenuta una riunione in cui l'RLS è stato formato relativamente alla politica della sicurezza che è stata revisionata nella stessa data e risulta ora firmata anche da RLS.

---

## **6. ANALISI DELL'ESPERIENZA OPERATIVA**

---

Nella scheda "Analisi esperienza operativa", riportata in **Allegato 7** il Gestore ha analizzato l'evento relativo al riscontro di valori anomali negli esami biotossicologici per i valori di nichel urinario, valutandone le cause e prevedendo le necessarie azioni correttive. In particolare le cause sono state individuate principalmente in una mancanza nel controllo operativo, che non prevedeva adeguata frequenza dei sottoguanti in cotone utilizzati dagli operatori della galvanica.

---

## **7. RISCONTRI, RILIEVI, RACCOMANDAZIONI E PROPOSTE DI PRESCRIZIONI SUL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA**

---

Il Gestore ha compilato la lista di riscontro allegata alle Linee Guida, riportata in **Allegato 8**.

Con riferimento agli elementi gestionali specificati nella suddetta lista, si riporta di seguito l'esposizione puntuale dei riscontri e rilievi effettuati dalla Commissione

### **7.1 Documento sulla politica di prevenzione, struttura del SGS e sua integrazione con la gestione aziendale** **i Definizione della Politica di prevenzione**

Il documento è appeso in reparto. Nel Manuale di gestione è prevista la condivisione del documento con RLS. In data 12.11.13 si è tenuta una riunione in cui l'RLS è stato formato relativamente alla politica della sicurezza che è stata revisionata nella stessa data.

## **ii Verifica della struttura del SGS adottato ed integrazione con la gestione aziendale**

La Ditta ha in essere un sistema di gestione Qualità e Ambiente. Per il SGS la Ditta dichiara che il riferimento è il DM 09.08.2000, tuttavia

1. manca una tabella di confronto con le procedure adottate e il DM 09.08.2000, tabella che si rende necessaria tanto più in quanto la Ditta ha scelto di integrare il SGS con i sistemi già presenti utilizzando procedure già esistenti

## **iii Contenuti del Documento di Politica**

Si è presa visione del piano di attuazione in cui si concretizzano gli obiettivi generali formulati dal Gestore: per ogni obiettivo sono indicati tempi e budget previsti per la realizzazione degli stessi. Il piano di attuazione viene registrato in un modulo discendente dal SGA, a cui si fa riferimento nel SGS. Si è riscontrato che:

2. alcuni obiettivi indicati dal Gestore appaiono poco specifici e quindi non facilmente riscontrabili
3. non risultano evidenze della condivisione del piano con il RLS
4. non viene riportato il riferimento al DM 09.08.2000

## **2. Organizzazione e personale**

### **i Definizione delle responsabilità, delle risorse e della pianificazione delle attività**

Si è presa visione degli attestati di formazione degli addetti alla prevenzione incendi (2 operatori rischio medio) e degli addetti al PS (2 operatori), e della nomina del RLS.

Si è presa visione della procedura ORGPS rev 15.03.2013 in cui sono descritti ruoli e mansioni sia inerenti la sicurezza sia le attività ordinaria.

Si riscontra che

5. manca la definizione dei compiti del RLS e degli addetti alla galvanica (carico scarico e operatori galvanici.)

### **ii Attività di informazione**

Si è riscontrato che

6. non è predisposta informativa per visitatori né per lavoratori terzi.
7. inoltre non avviene la registrazione all'ingresso dello stabilimento di visitatori o di personale di ditte terze.

### **iii Attività di formazione ed addestramento**

La procedura di formazione è in comune ai 3 sistemi di gestione.

Si è presa visione di un piano di formazione di gennaio 2013 (Piano annuale di addestramento e formazione anno 2013 dal Sistema di gestione ambiente e qualità certificato) in cui viene prevista una frequenza bimestrale per corsi specifici sulla sicurezza tuttavia

8. non si cita il DM 16 marzo 1998;
9. inoltre non si sono riscontrati verbali relativi alla sopracitata formazione.

La ditta dichiara che tale formazione è comunque avvenuta da parte del consulente esterno e che ha coinvolto a rotazione tutto il personale.

Relativamente all'anno 2012 si è presa visione dei verbali di presenza ai corsi di formazione del 27 aprile 2012 (classificazione sostanze) e 12 novembre 2012 (manipolazione sostanze e DPI).

Viene effettuata la verifica dell'efficacia della formazione attraverso la somministrazione di test di apprendimento.

Si è presa visione di un test di apprendimento, riscontrando che:

10. nei test non è indicata la data né il corso a cui si riferisce; inoltre non è formalizzata la correzione del test, né la procedura da seguire in caso di non superamento dello stesso.

Si è presa visione del verbale di simulazione di emergenza per evacuazione per incendio avvenuta in data 19/04/2013, e del verbale di simulazione emergenza per spandimento avvenuta in marzo 2013 si è riscontrato che

11. le due simulazioni sono state registrate in maniera diversa: la prova di aprile è registrata su carta bianca, la prova di marzo è registrata su un apposito modulo (discendente dal SGA).

Relativamente al modulo predisposto per la registrazione degli eventi si riscontra che esso prevede l'indicazione di adeguate informazioni (la descrizione dell'evento l'esito dello stesso e le azione da intraprendere),

12. ma non l'elenco delle persone che hanno partecipato.

E' prevista la compilazione di una Scheda Personale in cui vengono indicati tutti i corsi a cui ha partecipato ogni lavoratore. Si è presa visione della scheda personale di un addetto alla galvanica, verificandone l'aggiornamento.

#### **iv Fattori umani, interfacce operatore ed impianto**

Si è presa visione di una check list per la verifica della frequenza di cambio dei guanti da utilizzare. La frequenza è controllata dal responsabile di magazzino.

13. Tali verifiche non sono inserite formalmente all'interno del SGS.

### **3. Identificazione e valutazione dei pericoli rilevanti**

#### **I Identificazione delle pericolosità di sostanze, e definizione di criteri e requisiti di sicurezza**

Le SDS sono archiviate a cura di RSGS. A campione è stato verificato l'aggiornamento delle stesse al regolamento CE 1272/08.

#### **ii Identificazione dei possibili eventi incidentali e analisi di sicurezza**

La procedura di riferimento è "Procedura Valutazione Rischi Rilevanti", che riporta i risultati dell'analisi ma non specificatamente le metodiche utilizzate.

14. Il gestore ha effettuato l'analisi storica relativa agli eventi accaduti in stabilimento, ma non quella riferita ad attività similari.

15. Non si fa riferimento alle metodiche di analisi previste dal DM 31 marzo 1989, né a tecniche di analisi consolidate.

16. L'analisi di rischio effettuata è di tipo qualitativo.

#### **iii Pianificazione degli adeguamenti impiantistici e gestionali per la riduzione dei rischi ed aggiornamento.**

Tutti gli impianti sono soggetti a manutenzioni secondo le norme di buona tecnica

### **4. Il controllo operativo**

#### **i Identificazione degli impianti e delle apparecchiature soggette ai piani di verifica**

Sono formalizzate le manutenzioni ordinarie all'impianto, controlli giornalieri, settimanali e annuali.

E' stato verificato a campione il rispetto di tempi e modalità dei controlli.

17. Dalle registrazioni risulta che il pH dei bagni di trattamento viene verificato 1 volta al giorno e non tre volte al giorno come previsto nel piano dei controlli.

18. Non vi è una formale identificazione degli elementi critici né un formale inserimento degli stessi nei piani di controllo:

Tuttavia il Gestore dichiara che relativamente ai controlli sulle vasche si opera nella seguente maniera:

Le vasche del Nichel vengono verificate visivamente o con scintillometro ogni volta che vengono svuotate.

Le vasche di cromo che non vengono mai svuotate sono a doppia vasca e provviste di rubinetto che attinge dall'intercapedine. Viene verificato periodicamente la presenza di spandimento nella doppia camicia attraverso l'apertura di un rubinetto.

19. Le verifiche sulle vasche non sono formalizzate.

Uno degli eventi identificati è il rilascio di fango nel piazzale: un componente critico, da quanto descritto, risulta la valvola di blocco delle acque bianche che

20. non risulta essere soggetta a controllo

#### **ii Gestione della documentazione**

Alcune procedure non sono firmate, comunque sono state definite le responsabilità per la loro scrittura, revisione ed approvazione.

#### **iii Procedure operative e istruzioni nelle condizioni normali, anomale e di emergenza**

Non sono presenti procedure operative relative ai diversi ruoli, in particolare non sono definiti i compiti degli addetti che operano nel reparto galvanico. Da dichiarazione del Gestore nessun operatore è autorizzato a manipolare le sostanze pericolose (il reintegro dei bagni viene effettuato esclusivamente dal Gestore).

21. Non è specificato in nessun documento il divieto di manipolare le sostanze pericolose da parte degli operatori.

Dal sopralluogo in impianto si è riscontrato che nella zona del depuratore

22. le vasche di raccolta dei reflui provenienti dall'impianto sono a livello del pavimento e non protette in alcun modo dal rischio di caduta.

Il Gestore ha dichiarato che nessun operatore è autorizzato a passare in prossimità di dette vasche ma

23. non si riscontra la presenza di cartelli di divieto di passaggio né di procedure in cui sia specificato tale divieto.

#### **iv Le procedure di manutenzione**

La procedura di manutenzione è indicata nella procedura "Produzione" del SGA. All'interno del SGS è presente una procedura operativa PRMAN in cui sinteticamente vengono descritte le manutenzioni effettuate sui bagni e sugli impianti di trattamento fumi.

24. Non sono indicate le manutenzioni sui componenti critici.

25. Non si fa riferimento ai moduli utilizzati per la registrazione.

### **5. Gestione delle modifiche**

#### **i Modifiche tecnico-impiantistiche, procedurali ed organizzative**

Si è presa visione della procedura PRGM che fa riferimento al DM 9 agosto 2000: la procedura appare adeguata,

26. tuttavia non sono ancora stati predisposti i moduli per l'applicazione della stessa.

La procedura non è ancora stata applicata.

#### **ii Aggiornamento della documentazione**

Per la stesura delle procedure la redazione e l'archiviazione sono a cura di RSGS, l'approvazione è a cura del Gestore.

### **6. Pianificazione di emergenza**

In data 15.11.2013 si è assistito ad una prova di emergenza per spandimento di soluzione con cloruro di nichel (classificata pericolosa per l'ambiente e tossica) durante il trasporto di un fustino dal magazzino MP al reparto.

Gli operatori addetti all'emergenza hanno dimostrato di conoscere le procedure d'intervento, si è comunque notata

27. una iniziale incertezza nelle comunicazioni tra gli operatori.

#### **i Analisi delle conseguenze, pianificazione e documentazione**

Si è presa visione della procedura di gestione dell'emergenza che appare idonea,

28. anche se mancano i riferimenti al D.Lgs. 334/99

Si è presa inoltre visione di un modulo per la registrazione della simulazione di emergenza effettuata a marzo 2013.

Il modulo contiene la descrizione dell'evento l'esito dello stesso e le azioni da intraprendere, ma come già detto sopra, non l'elenco delle persone che hanno partecipato.

Si è presa visione del PEI revisionato un paio di mesi fa in cui

29. manca l'indicazione della data di revisione

Nel PEI sono indicati i principali eventi incidentali ipotizzati, compresi quelli derivanti dall'analisi di rischio degli incidenti rilevanti, e le azioni da compiere.

30. Nella planimetria dell'emergenza non sono indicate la posizione del luogo di raccolta, né la posizione kit emergenza.

Durante l'ispezione la Ditta ha provveduto ad aggiornare la planimetria inserendo le sopracitate informazioni mancanti.

#### **ii Ruoli e responsabilità**

Si è riscontrato che

31. nella definizione dei ruoli vi sono alcune incongruenze: nella procedura di "allertamento": si dice che RSGS è responsabile di decidere la gravità dell'evento, in realtà la responsabilità è affidata al Gestore.

32. manca una chiara definizione del sostituto coordinatore dell'emergenza, nonché del responsabile della chiamata agli Enti.

#### **iii Controlli e verifiche per la gestione delle situazioni di emergenza**

Dal sopralluogo in campo si è verificato che

33. i mezzi per l'emergenza non sono sempre accessibili

34. l'estintore e la cartellonistica indicata in procedura in prossimità del deposito di vernici non sono presenti.

35. all'interno del deposito vernici si percepisce un forte odore di solvente, dovuto probabilmente alla presenza di contenitori vuoti lasciati aperti.

**iv Sistemi di allarme e comunicazione e supporto all'intervento esterno**

L'unico evento che presuppone evacuazione e chiamata agli Enti è l'incendio.

C'è un modulo per la chiamata e uno con i numeri telefonici, tuttavia

36. i suddetti moduli non sono a disposizione dell'incaricato alla chiamata.

**v. Accertamenti sui sistemi connessi alla gestione delle emergenze**

Durante il sopralluogo si è riscontrata la presenza dei sistemi di contenimento per gli spanti.

37. Il sistema di conteggio delle persone in caso di emergenza non è formalizzato.

La ditta sta valutando il sistema migliore per il conteggio: o a mezzo stampa dei cartellini o ipotizzando di affidare ad ogni reparto un responsabile che sappia quanti sono presenti nel proprio reparto.

**7. Controllo delle prestazioni**

**i Valutazione delle prestazioni**

Sono stati identificati indicatori di prestazione, anche relativi alla sicurezza. Tali indicatori non sono stati ad ora ancora misurati.

**ii Analisi degli incidenti e dei quasi-incidenti**

Si è presa visione dei moduli di registrazione incidenti quasi incidenti, non ancora utilizzati.

**8. Controllo e revisione**

**i Verifiche ispettive**

E' prevista la verifica annuale del SGS, da effettuarsi in collaborazione con consulenti esterni. Tale verifica ad ora non è ancora stata effettuata.

Per lo svolgimento dell'audit si fa riferimento alla linea guida ministeriale. Si è presa visione del modulo di registrazione audit, condividendone i contenuti.

Le modalità di registrazione delle non conformità sono descritte in una procedura del SGA in cui

38. non si specifica che le NC possono essere relative a SGS.

**ii Riesame della politica di prevenzione del SGS**

E' previsto il riesame annuale del SGS tuttavia:

39. non è specificato che durante tale riesame debbano essere valutati gli indicatori di prestazione, né che debba essere revisionata la politica.

---

## **8. RISULTANZE DA PRECEDENTE VERIFICA ISPETTIVA O DA SOPRALLUOGHI AI SENSI DELL'ART. 24 COMMA 3 DEL D.LGS. 334/99**

---

L'ispezione oggetto del presente rapporto è la prima ispezione sul SGS effettuata presso la ditta Sirio Galv Srl di Camposampiero.

---

## **9. ATTIVITÀ ISPETTIVE E/O DI SOPRALLUOGO SVOLTE DA ALTRI ENTI**

---

Nel 2010 l'Ispesl ha effettuato un'ispezione riscontrando valori anomali negli esami biotossicologici degli operatori del reparto galvanico, ed in particolare per i valori di nichel urinario. A seguito di ciò la Ditta si è attivata per indagare le cause e trovare una soluzione. La pratica non è ancora chiusa, si veda in merito la relazione del Gestore riportata in **Allegato 9**.

---

## **10. ESAME PIANIFICATO E SISTEMATICO DEI SISTEMI TECNICI**

---

La Commissione ha proceduto ad una verifica a campione del piano di manutenzione di alcuni sistemi critici, individuati nella tabella scenari incidentali, riportata in **Allegato 10**. Per i riscontri si veda quanto riportato nel capitolo 7.

---

## **11. INTERVISTE AGLI OPERATORI**

---

Durante la prova di emergenza sono stati intervistati gli addetti all'emergenza che hanno dimostrato una discreta conoscenza delle procedure relative all'emergenza.

---

## **12. CONCLUSIONI**

---

### **12.1 Esito dell'esame pianificato dei sistemi organizzativi e di gestione**

La Ditta si è dotata di un SGS nel 2013. Ad ora tale sistema non risulta strutturato in tutte le sue parti come previsto dal DM 9/08/2000 anche se di fatto molte delle attività previste sono realizzate ma non formalizzate. Pertanto si ritiene utile che la ditta operi una revisione generale del sistema.

In conclusione la Commissione suggerisce le prescrizioni e raccomandazioni, riportate nei seguenti paragrafi.

#### **12.1.1 Raccomandazioni della commissione**

Si raccomanda alla Ditta di effettuare un'analisi di rischio quantitativa, con valutazione delle conseguenze, prendendo a riferimento i metodi previsti dal DM 31/03/1989.

#### **12.1.2 Proposte di prescrizione**

Si propone di prescrivere alla Ditta di operare entro sei mesi dal ricevimento del presente verbale una revisione generale del SGS prendendo a linea guida il DM 9/08/2000 e tenendo in considerazione i riscontri effettuati dalla Commissione durante la presente ispezione.

### **12.2 Esito dell'esame pianificato e sistematico dei sistemi tecnici**

Si propone di prescrivere alla ditta di individuare e realizzare entro tre mesi dal ricevimento del presente verbale un idoneo sistema che garantisca la sicurezza nella zona vasche trattamento reflui.

Padova, 9 gennaio 2014.

#### **I COMPONENTI DELLA COMMISSIONE**

Ing. Anna Lando  (ARPAV – Dip.di Padova)

Ing. Andrea Messana  (ARPAV – Dip.di Venezia)

#### **ELENCO ALLEGATI**

1. Decreto di nomina della Commissione ispettiva e verbali delle visite ispettive
2. Relazione del gestore sulla situazione aggiornata stabilimento
3. Relazione sulla movimentazione delle sostanze pericolose
4. Relazione sulle azioni intraprese dal Comune in merito alla pianificazione urbanistica e territoriale e sull'informazione alla popolazione
5. Relazione sullo stato di validità del certificato Prevenzione Incendi
6. Relazione sullo stato di aggiornamento del Piano di Emergenza Esterno
7. Schede di analisi dell'esperienza operativa
8. Lista di riscontro sugli elementi del Sistema di Gestione della Sicurezza
9. Relazione sintetica sulle attività ispettive o di sopralluogo svolte da altri enti (ASL, ISPESL, VV.F, Direzione Provinciale del Lavoro, ARPA, ecc.), che hanno comportato sanzioni e/o prescrizioni
10. Tabella scenari incidentali – misure adottate

